FACULTATEA DE MEDICINA DIN BUCUREŞTI

No. 1911

ATITUDINILE VICIOASE IN COXALGIE
ŞI
TRATAMENTUL LOR

TEZA

pentru

DOCTORAT IN MEDICINA ŞI CHIRURGIE

Lucrare prezentată şi susţinută la 28 Aprilie 1923

de

M. S. REINHORN

BUCUREŞTI
Tipografia „Isvorul" Al. Alexandrescu — Calea Griviţei 107
1923

FACULTATEA DE MEDICINA DIN BUCUREŞTI

No. 1911

ATITUDINILE VICIOASE IN COXALGIE

ŞI

TRATAMENTUL LOR

TEZA

pentru

DOCTORAT IN MEDICINA ŞI CHIRURGIE

Lucrare prezentată şi susţinută la _____ Aprilie 1923

de

M. S. REINHORN

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

INSTITUTUL MEDICO FARMACEUTIC
BUCUREŞTI
BIBLIOTECA CENTRALĂ
Inventar Nr. 727 201

BUCUREŞTI
Tipografia „Isvorul" Al. Alexandrescu — Calea Griviţei 107
1923

FACULTATEA DE MEDICINA DIN BUCUREŞTI

Decan: **D-nul Prof. Dr. Ionescu Thoma**

Profesori titulari:

Clinica II-a chirurgicală	D-l Dr.	*Angelescu C.*
Chimia medicală	„ „	*Atanasescu N*
Clinica chirurgicală infantilă şi ortopedie	„ „	*Bălăcescu I.*
Anatomia patologică, Bacteriologia şi patologia experimentală	„ „	*Babeş V.*
Istologia normală şi Istogeneza	„ „	*Besnea St.*
Medicina experimentală	„ „	*Cantacuzino I*
Clinica ginecologică	„ „	*Daniel C.*
Clinica a II-a medicală	„ „	*Danielopol D.*
Anatomia topografică II	„ „	*Gerota D.*
Farmacia chimică şi galenică	„ „	*Georgescu M.*
Clinica şi teoria obstetricală	„ „	*Gheorghiu N.*
Anatomia topografică I, Clinica I chirurgicală	„ „	*Ionescu Th.*
Clinica III-a medicală	„ „	*Ionescu D.*
Clinica III-a chirurgicală	„ „	*Juvara E.*
Clinica boalelor căilor urinare	„ „	*Jianu A.*
Farmacologia şi materia medicală	„ „	*Lalu S.*
Clinica boalelor oto-rino-laringologice	„ „	*Meţianu N.*
Clinica boalelor nervoase	„ „	*Marinescu Gh*
Chimia analitică	„ „	*Minovici Şt.*
Clinica infantilă	„ „	*Manicatide M*
Igiena şi poliţia sanitară	„ „	*Mezincescu D*
Medicina legală	„ „	*Minovici M.*
Oftalmologia şi clinica oftalmologică	„ „	*Manolescu D,*
Clinica I-a medicală	„ „	*Nanu-Muscel*
Clinica dermatologică şi sifiligrafică	„ „	*Nicolau Şt.*
Clinica mentală	„ „	*Obregia Al.*
Fiziologia umană	„ „	*Paulescu N.*
Patologia generală	„ „	*Proca Gh.*
Anatomia descriptivă şi embriologia	„ „	*Rainer Fr.*
Zoologia medicală	„ „	*Sihleanu Şt.*
Botanica medicală	„ „	*Solacolu T.*
Patologia medicală	„ „	*Thomescu I.*
Clinica terapeutică	„ „	*Theohari A.*
Analiza alimentelor şi băuturilor	„ „	*Vintilescu I.*

PROFESORI AGREGAŢI:

Medicina operatoare . . . . . *Canstantinescu C.*

JURIUL DE PROMOŢIUNE

Preşedinte: D-l Prof. Dr. Bălăcescu I.

Membrii: D-l Prof. Dr. Juvara E.
„ Docent Dr. Marian G.

Suplinitor: „ „ „ Georgescu Gr.

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului şi nu are a exprima, nici aprobare nici desaprobare.

Părinților mei,

prinosul meu de dragoste

Domnului Prof. D-r. **I. Bălăcescu,** *pentru instrucțiunea și conștințele căpătate în clinica d-sale, precum și pentru onoarea ce-mi face de a prezida această lucrare, — adânci mulțumiri și omagiile mele de recunoștință.*

Onor. Juriu de promoțiune, tuturor domnilor Profesori ai Facultății, — sentimentele mele de gratitudine.

Domnului Dr. **I. Marian,** *pentru îndrumările și materialul procurat întru desăvârșirea lucrării de față, — expresiunea profundului meu devotament.*

Domnului D-r. **A. Carnabel,** *sub ale cărui auspicii am făcut primii pași în cunoștințele practicei medicale, — recunoștință nemărginită.*

Domnului D-r. **B. Mendelssohn,** *pentru bună-voința și dragostea cu care m'a înconjurat în tot timpul cât l-am secundat, — omagiul respectuoasei mele considerații și asigurarea viei mele afecțiuni.*

Tuturor colegilor și prietenilor mei, — amintiri neșterse.

I

ATITUDINILE VICIOASE IN COXALGIE

1) COXALGIA

Generalităţi

Coxalgia sau coxo-tuberculoza este o afecţiune destul de frecventă la copii. Este, alături de morbul lui Pott, aceia care — dintre toate tuberculozele osteo-articulare — dă cel mai mare număr de bolnavi. Astfel, după o statistică generală a lui Broca, publicată în Arch. méd. enf. în anul 1910, din totalul de 3750 bolnavi atinşi de tuberculoză chirurgicală, 766 bolnavi sufereau numai de coxalgie.

Frecvenţa acestei afecţiuni la copii este datorită situaţiunei cartilagelor de creştere şi mai ales traumatismelor destul de dese la care este supusă articulaţia coxo-femurală, fapte cari contribue la desvoltarea artritei tuberculoase (J. L. Petit, Larey, Verneuil).

Vârsta la care se poate întâlni coxalgia variază dela 1 an până la 15 ani; cel mai mare număr de cazuri însă, se găseşte între vârsta de 5-12 ani.

Deobicei, debutul afecţiunei este lent şi insidios. In această primă perioadă, diagnosticul se face foarte greu: numai radiografia poate pune pe calea diagnosticului.

In acest scop, radiografia trebuie făcută în mai multe profiluri şi e necesar ca totdeauna ea să

ie comparată cu articulația sănătoasă. In genere, e placa radiografică se cercetează dacă la nivelul xtremităților articulare, ar exista fie pete lumioase și neregulate (cari ar dovedi o decalcifiere țesutului osos), fie o umbră difuză (care ar fi atorită fongozităților dela nivelul articulației). onstatarea acestor particularități poate confirma ănuiala unei tuberculoze osteo-articulare.

De cele mai multe ori însă, primele simptome cari atrag atențiunea în dezvoltarea unei coxalgii apar la o epocă depărtată față de începutul procesului tuberculos propriu zis. Aceste simptome sunt: oboseala în mers, jena și apoi durerea, la cari se adaugă contracția musculară, claudicația intermitentă, atrofia musculară și prinderea ganglionilor inguinali și iliaci. Intr'o perioadă ceva mai avansată, se observă luxații patologice și ankylose osoase. Menționăm aci că unele din aceste simptome sunt cauze producătoare de atitudini vicioase.

Durerea, unul din simptomele primordiale ale coxalgiei, este de intensitate foarte variabilă. Ea se stabilește lent și progresiv ; nu apare niciodată în mod brusc. Este localizată uneori dealungul coapsei, alteori numai în două regiuni și anume: a) la nivelul articulației coxo-femurale și b) la nivelul articulației genunchiului; adesea durerea începe la această din urmă articulație.

Senzația pe care bolnavii o acuză la nivelul articulației genunchiului este greșit interpretată la început: unii o cred datorită unui reumatism, alții unei nevrite sciatice și rare ori se bănuește că ar fi vorba de o coxalgie. Din această cauză se recomandă acestor bolnavi diferite băi, cu scopul de a le calma durerea, băi cari bine înțeles nu duc la nici un rezultat satisfăcător, căci procesul

tuberculos al articulației coxo-femurale evoluiază.

Această durere se accentuiază din ce în ce mai mult; ea face pe bolnav să-și mobilizeze articulația bolnavă.

Asupra cauzei care produce durerea la nivelul *articulației genunchiului*, părerile sunt împărțite:

Richet crede că ar fi datorită inflamației propagată dela femur; după Bérard, Gerdy, Duplay ea ar fi datorită unei iritațiuui reflexe; după Poncet, — reumatismului tuberculos iar după Latarjet și Duroux, — oboselei articulației prin statica vicioasă.

Durerea poate fi spontană sau provocată. La început cea spontană se poate manifesta fie printr'o senzație de jenă profundă, localizată în diferite regiuni ale membrului inferior, fie sub formă de accese, cari durează câte-va zile sau chiar săptămâni. Mai târziu durerea devine nocturnă și de intensitate foarte vie și ar fi datorită după unii mișcărilor pe cari le face bolnavul în timpul somnului, iar după alții compresiunei suprafețelor articulare. S'au emis diferite păreri și relativ la cauza acestei dureri spontane.

După J. L. Petit, ar fi datorită unei distensiuni a ligamentului rotund, după Velpeau unei distensiuni a capsulei articulare, iar după Verneuil în special părții posterioare a acestei capsule.

Durerea spontană putând lipsi de multe ori, — se caută durerea provocată. Aceasta se evidențiază fie prin presiune localizată la nivelul articulației coxo-femurale și în special la nivelul capului femural, fie prin presiuni la distanța cari se transmit, producând senzația dureroasă la nivelul articulației bolnave.

Pentru a constata durerea dela nivelul capului femural e nevoie să se exercite presiuni în dreptul arcadei crurale, — la nivelul și înlăuntrul va-

selor femurale. Durerea provocată în acest fel poate fi de intensitate variabilă. Tot prin presiune se poate provoca durerea la nivelul trochanterului mic sau la nivelul regiunei trochanterului mare. Presiunea exercitată la acest nivel se transmite la articulația bolnavă, producând dureri mai mult sau mai puțin vii. Tot astfel pot fi produse dureri în articulația coxo-femurală dacă se percută în talpa piciorului bolnav

Încă dela începutul coxalgiei, bolnavul își pune membrul inferior într'o atitudine vicioasă. Această atitudine este dictată de senzația dureroasă spontană, care conduce pe bolnav la imobilizarea articulației coxo-femurale atinse. Atitudinea vicioasă cea mai frecventă, produsă în această epocă, de cauza mai sus amintită, este atitudinea în flexiune și anume : gamba în flexiune pe coapsă, iar coapsa pe abdomen.

Contractura musculară, al doilea simptom important, care apare tot la începutul coxalgiei este periarticulară. Ea se pune în evidență, examinând coapsa bolnavă în comparație cu coapsa sănătoasă. In felul acesta, controlând rând pe rând mișcările de flexiune, extensiune, abducțiune, aducțiune și de rotațiune, se constată o limitare a mișcărilor. E nevoie să se insiste în special asupra abducțiunei combinate cu rotația externă, după ce se flectează coapsa pe basin. Limitarea mișcărei de extensiune este datorită mușchiului psoas pe când limitarea mișcărei de abducțiune și rotație externă se datorește mușchilor aductori ai coapsei, cari rezistă, formând o coardă puternică în partea internă.

Originea acestei contracturi musculare ar fi datorită după unele ipoteze, — durerei pe care bolnavul o simte în momentul când merge și pentru

a cărei evitare el tinde să-şi pună membrul inferior afectat într'o atitudine vicioasă: flexiune, abducţiune şi rotaţie externă Din contra, Crocq susţine că această atitudine vicioasă se observă şi la copii cari n'au mers de loc; el pretinde că contractura musculară — pe care o numeşte instinctivă — ar fi de ordin reflex şi consecutivă iritaţiunei provocate de alteraţiunile osoase asupra ultimelor ramificaţii nervoase Se înţelege dela sine că această contractură musculară va ocaziona deasemeni diferite atitudini vicioase. Intr'adevăr tracţiunea produsă de anumite grupe musculare va dicta apariţia cutărui sau cutărui tip de atitudine.

Vom descrie în capitolul următor modul în care contractura musculară influenţează producerea atitudinei vicioase.

De cele mai multe ori pe lângă contractura musculară se asociază retracţii scleroase ale ligamentelor şi ale tendoanelor muschilor coapsei, retracţiuni fibroase ale capsulei articulare, ankylose osoase şi luxaţii patologice. Se observă deasemenea o atrofie a muşchilor coapsei şi o mărire a ganglionilor inguinăli şi iliaci de partea coxalgiei.

Luxaţiile patologice intraarticulare şi ankylosele osoase.— Intr'o perioadă ceva mai avansată a coxalgiei se observă scurtări reale ale membrului inferior bolnav La aceste scurtări se adaugă şi o atitudine vicioasă şi anume: în aducţiune şi rotaţie internă. Atitudinea şi scurtarea reală poate fi datorită pseudo luxaţiilor patologice dela nivelul articulaţiei coxo-femurale, pseudo-luxaţii produse, în mare parte, de usura extremităţilor osoase dela nivelul articulaţiei. Aceste pseudoluxaţii sunt numite mai corect de Ménard, luxaţii *intraarticulare.*

Iată cum iau naştere aceste luxaţii intraarticulare: debutul unei artrite tuberculoase se află

într'una din extremitățile osoase. A doua extremitate osoasă se îmbolnăvește prin contact la rândul ei. Ea suferă un fel de inoculare directă în punctele sale de atingere cu extremitatea osoasă infectată; în aceste puncte de presiune reciprocă se produce o usură, căreia Lannelongue i-a dat numele de *ulcerațiune compresivă*. In capetele osoase astfel distruse, procesul tuberculos continuă să evolueze, pe de o parte mărind cavitățile de recepțiune iar pe de altă parte diminuând volumul extremităților osoase până la dispariție. Astfel se explică de ce, în coxalgie, extremitatea superioară a femurului, distrusă, joacă liberă în cavitatea cotiloidă. Un efort cât de mic sau chiar o simplă contractură musculară sunt suficiente pentru ca să producă luxația capului femural din cavitatea cotiloidă. Această stare a fost calificată mult timp drept luxație. Malgaigne a arătat că această denumire nu este potrivită, căci luxația adevărată care se întâlnește *foarte rar* în coxalgie este caracterizată prin eșirea unei extremități osoase printr'o perforație a capsulei articulare. Ori, în coxalgie, sub influența ulcerației, limitele inserțiunei capsulare sunt ridicate puțin câte puțin prin desinserțiune progresivă a periostului, dând naștere astfel unei luxații intraarticulare.

Aceasta nu reprezintă decât mișcările întinse ale unui cap femural, micșorat prin distrugerea țesutului osos, cap, care se plimbă într'o cavitate relativ mult mai mare, într'o capsulă fibro-sinovială fungoasă continuă.

Capul femural se poate deplasa în felul acesta în toate direcțiunile: *înapoi* (mai adesea) dând membrului inferior o atitudine vicioasă în flexiune; *in sus* cu atitudinea în flexiune abducțiune și rotație externă și *înainte* cu atitudinea în abducțiune și rotație externă. Foarte rar se produc

chiar o luxație centrală din cauza perforației cavității cotiloide.

Această din urmă luxație este însoțită de o scurtare reală destul de marcată. Deplasările capului femural însă, nu sunt altceva decât pseudo luxații intra-capsulare și nici de cum luxații adevărate.

Roux și Gilbert au descris luxații în scobitura sciatică, Nélaton citează luxații supra-pubiene. S'au mai descris luxații supra-cotiloidiene, obturatrice (Marjolin); sunt însă luxații excepționale. Diagnosticul acestor pseudo-luxații se face foarte ușor cu ajutorul radiografiei.

Clinicește se traduc prin scurtări ale membrului inferior, scurtări datorite pe de o parte coxalgiilor rău tratate iar pe de altă parte primelor încercări de a merge pe cari bolnavul le face în timpul convalescenței.

Uneori ele se produc chiar când bolnavul a fost imobilizat Ca evoluție luxațiile intraarticulare duc mai tot deauna la ankylose osoase, rezultând în urmă scurtări reale ale membrului inferior bolnav, scurtări cari variază foarte mult.

2) ATITUDINILE VICIOASE

Producere. Tipuri

Din capitolul precedent am văzut că atitudinile vicioase în coxalgie, se datoresc durerei, că sunt comandate de predominența normală a unuia sau altuia din grupurile musculare că, în fine, chiar luxațiile intrarticulare provoacă uneori asemenea atitudini.

Atitudinile vicioase în coxalgie se produc în a) *flexiune,* b) *flexiune, abducțiune și rotație externă* și c) *aducțiune și rotație internă.*

Lannelongue, luând ca normă apariția atitudinei vicioase, împarte coxo-tuberculoza în 3 perioade și anume.

I-a periodă în care simptomele sunt insidioase și în care diagnosticul este mai greu.

II-a perioadă de alungire aparentă a membrului inferior însoțită de atitudinea vicioasă în flexiune, abducțiune și rotație externă și a

III-a perioadă de scurtare aparentă a membrului inferior, coapsa fiind în aducțiune și rotație internă.

După Callot însă trebuiesc deosebite două categorii de atitudini vicioase și anume: a) atitudinile de debut, când viciarea se face în abducțiune cu alungire aparentă a membrului inferior. Aceste atitudini vicioase sunt însoțite mai în totdeauna de dureri foarte mari și se datoresc mai ales *contracturei musculare*. Ele cedează în totdeauna sub anestezie cu cloroform; b) atitudinele mai târzii, când viciarea se face în aducțiune și rotație internă cu scurtare aparentă a membrului inferior. Acestea sunt datorite *retracției scleroase* a ligamentelor și tendoanelor și datează în genere de cel puțin 6 luni dela începutul afecțiunei. Ele nu cedează totdeauna sub anestezie cu cloroform ci uneori sunt pasibile și de intervențiuni sângerânde.

A. *Atitudinile vicioase în flexiune.* — Sunt primele cari apar în coxalgie. Flexiunea este foarte variabilă. La început coapsa face cu basinul un unghiu obtus de 130—120 grade, care tinde să se accentueze din ce în ce mai mult, ajungând să formeze un unghiu drept și uneori chiar un unghiu ascuțit. Această flexiune ar fi datorită durerei și contracturei musculare reflexe. Hunter, Maisonneuve, Verneuil au arătat că o asemenea

atitudine vicioasă ar fi datorită în special contracturei musculare care exercită un rol preponderant la începutul coxalgiei.

Ea cedează uneori prin simplu repaus culcat; alteori nu cedează decât sub anestezie cu cloroform care suprimă forța musculară activă. Brodie susține că atitudinea vicioasă în flexiune ar fi o necesitate care are drept scop să evite durerea în timpul mersului.

Uneori această atitudine în flexiune este mascată de mișcări de compensație din partea coloanei vertebrale și din partea basinului. Pentru a constata mai ușor flexiunea e nevoe ca bolnavul să fie examinat desbrăcat complect, întâi în picioare, imobil, punându-l apoi să meargă și în urmă culcat în decubit dorsal pe o suprafață plană. Bolnavul stând în picioare mai mult timp, se observă că el obosește mai curând de partea bolnavă, că atinge pământul numai cu vârful degetelor membrului inferior bolnav, că ține gamba flectată, mai mult sau mai puțin accentuat pe coapsă iar coapsa pe basin. In rezumat bolnavul se sprijină mai mult pe membrul inferior sănătos. Privit dinapoi, se constată că plica fesieră de partea bolnavă este mai scoborîtă de cât cea din partea sănătoasă. Dacă bolnavul e pus să meargă el își imobilizează articulația coxo-femurală atinsă evitând să facă mișcări cari i-ar produce dureri. La copii, atinși de coxalgie, cari nu pot merge încă, părinții observă că copilul ține totdeauna coapsa flectată și la cea mai mică manoperă de redresare, copilul scoate un țipăt de durere.

Dacă bolnavul e culcat pe o suprafață plană, în decubit dorsal se vede, de cele mai multe ori că membrul inferior afectat are tendința de a se pune în atitudine vicioasă și anume în *flexiune.*

Articulația genunchiului se găsește pe un plan

mai anterior decât articulația d.n partea sănătoasă. Spina iliacă antero-superioară nu se găsește pe aceiași linie orizontală cu cea din partea opusă ci ceva mai sus. In partea posterioară, examinând coloana vertebrală și anume în regiunea lombară se observă o lordoză mai mult sau mai puțin accentuată, care nu este al ceva decât o lordoză de compensație.

Pentru a măsura gradul de flexiune, coapsa trebuie flectată pe abdomen până când dispare lordoza lombară de compensațiune și până când spinele iliace antero-superioare vin la acelaș nivel. Poziția pe care o capătă coapsa, în urma acestei manopere, ne indică gradul de flexiune.

Atitudinea vicioasă în flexiune este excepțională. De cele mai multe ori, flexiunea se asociază cu o deviațiune a membrului inferior în abducțiune și rotație externă sau o deviațiune în aducțiune cu rotație internă. La aceste deviațiuni se mai adaugă și alungiri sau scurtări aparente ale membrului inferior atins de coxalgie.

Atitudinile vicioase în flexiune se pot corija, fie numai prin simplul repaus în pat în decubit dorsal, fie printr'un aparat oarecare de extensie continuă asociată cu contra extensia. De multe ori atitudinea vicioasă nu cedează sub acest singur tratament și atunci e nevoie a o corija sub anestezie cu cloroform și a o menține astfel corijată într'un aparat gipsat.

B. *Atitudinea vicioasă în flexiune, abducțiune și rotație externă cu alungire aparentă a membrului inferior.* — Am arătat mai sus că atitudinile vicioase în flexiune sunt foarte rare. De obicei li se asociază atitudinea vicioasă a membrului inferior în abducțiune cu rotație externă sau aducțiune cu rotație internă.

Atitudinea vicioasă în flexiune, abducțiune și rotație externă se întâlnește tot în perioada de debut a coxalgiei căci este o atitudine de necesitate pe care bolnavul o ia pentru a evita durerea în timpul mersului. (Brodie) Bolnavul lăsându-și toată greutatea corpului numai pe partea sănătoasă, își mișcă înainte basinul de partea bolnavă, își depărtează picioarele pentru a-și mări baza de susținere și se sprijină numai pe vârfurile degetelor membrului inferior bolnav. De aci atitudinea vicioasă în *flexiune, abducțiune și rotație externă*.

Dar această atitudine se observă și la copii cari n'au mers încă ; cum se explică ea atunci ? Bonnet susține că ea ar fi datorită poziției bolnavului în pat și anume fiindcă e culcat pe partea bolnavă. Intr'adevăr dacă s'ar culca pe partea sănătoasă s'ar obține o atitudine contrarie și anume : în flexiune, aducțiune și rotație internă. Această explicație nu este însă suficientă, căci bolnavul atins de coxalgie prezintă atitudinea vicioasă în flexiune, abducțiune și rotație externă chiar la începutul afecțiunei.

Martin și Collineau au încercat a stabili o diferență simptomatică între coxalgiile sinoviale, caracterizate prin atitudinea în abducțiune și rotație externă și coxalgiile osoase cari s'ar manifesta prin atitudinea vicioasă în flexiune, aducțiune și rotație internă. Această explicație însă nu are la baza ei nimic științific. Cea mai plauzibilă explicație este următoarea : atitudinea vicioasă ar fi datorită durerei și contracției diferitelor grupuri musculare. Se știe că mușchii fesierul mare și fesierul mijlociu sunt mușchii abductori și rotatori externi ; mușchii psoasul iliac, croitorul, dreptul intern, tensorul fascia lata sunt flexori și rotatori externi.

Rapoartele imediate ale mușchilor cu capsula articulară contribue la excitarea reflexă a acestor mușchi; excitarea va conduce la contractura musculară, iar atitudinea va fi imprimată de acțiunea mușchilor mai puternici.

Tracțiunea puternică a mușchilor menționați explică de ce atitudinea în flexiune abducțiune și rotație externă este mai frecventă la începutul coxalgiei, când acești mușchi nu sunt încă atrofiați și când acțiunea antagoniștilor lor, — fasciculele anterioare ale mușchilor fesierul mic și fesierul mijlociu : rotatori interni — este neînsemnată.

Pentru a decela în clinică atitudinea vicioasă de care ne ocupăm e nevoie ca bolnavul să fie examinat cu atențiune, căci mișcările de compensație ale basinului și ale coloanei vertebrale pot masca atitudinea vicioasă a membrului inferior atins de coxalgie. Bolnavul pentru a corija flexiunea, duce basinul înainte astfel că spinele iliace antero-superioare devin mai proeminente. Pentru a corija abducțiunea, basinul se coboară de partea bolnavă ; spina iliacă antero-superioară de această parte se coboară, în timp ce spina iliacă antero-superioară de partea opusă, se ridică mai sus. Pentru a corija rotația externă, basinul se rotește dinapoi înainte, făcând ca spina iliacă anterioară de partea bolnavă să proemine înainte și să se apropie de axa corpului. Din cauza flexiunei basinului se formează și o scolioză spre partea bolnavă și anume în regiunea lombară. Pentru toate aceste motive înainte de a examina un asemenea bolnav trebuie ca basinul lui să fie fixat în poziție normală.

Dacă se cercetează un bolnav cu atitudinea vicioasă în flexiune, abducțiune și rotație externă, se observă că stând în picioare el își sprijină corpul mai mult pe membrul inferior sănătos ; membrul inferior bolnav este flectat ; piciorul este în

abducție, vârful piciorului dus în afară și atinge pământul numai cu vârful degetelor. Dacă bolnavul e culcat pe o suprafață plană și în decubit dorsal se constată că gamba este flectată pe coapsă, iar coapsa pe basin genunchiul privește în afară și e depărtat de cel din partea opusă. Membrul inferior atins de coxalgie pare mai lung de cât membrul inferior sănătos. Această alungire aparentă se datorește în mare parte scoborârei basinului în partea articulației bolnave In regiunea lombară se observă o lordoză convexă de partea coxalgiei, datorită basinului care caută să corijeze abducțiunea și rotația internă. Dacă se măsoară totuși lungimea membrului inferior atins de coxalgie și anume: distanța dela spina iliacă antero-superioară până la maleola internă, — se constată o scurtare de câțiva centimetri în comparație cu membrul inferior sănătos. Deci la examenul membrului inferior atins de coxalgie se constată că la o alungire aparentă corespunde o scurtare la măsurătoare care și ea devine aparentă dacă examinăm cu atențiune ambele membre inferioare așezându-le într'o atitudine simetrică cu basinul. Măsurătoarea însă nu prezintă o valoare practică decât numai în cazul de distrugere a capului femural când există o scurtare reală.

Atitudinile vicioase din această categorie se pot corija fie prin extensia continuă combinată cu contra extensia fie prin reducerea atitudinei vicioase sub anestezie cu cloroform și menținerea corecțiunei în aparat gipsat.

C) *Atitudinile vicioase în aducție și rotație internă.*— Intr'un stadiu ceva mai înaintat al coxalgiei, începând uneori chiar după câte-va luni dela apariția artritei coxo-femurale, membrul inferior

își schimbă atitudinea vicioasă și se pune în aducțiune și rotație internă. La aceasta se adaugă și o scurtare aparentă a membrului inferior. Bonnet și Valette atribue această schimbare a atitudinei următorului fapt: deoarece bolnavul stă culcat pe partea sănătoasă, coapsa bolnavă în abducțiune va trece în aducțiune din cauza proprii ei greutăți. Această atitudine se observă însă și la acei cari stau culcați pe partea bolnavă. Guérin, Crocq, Gilbert și Erichsen susțin teoria musculară și anume: la început mușchii abductori și rotatori externi ai coapsei fiind direct excitați duc membrul inferior în abducție. Mai târziu acești mușchi fiind atrofiați, antagoniștii lor schimbă atitudinea de abducțiune în aducțiune. După Lannelongue schimbarea atitudinei ar fi datorită micșorării capului femural și mărirei cavității cotiloide, stări, la cari se adaugă în urmă retracțiile fibroase ale capsulei articulare și chiar supurația dela nivelul articulației coxo-femurale.

Daca se procedează la examenul unui bolnav atins de coxalgie cu atitudinea vicioasă in aducțiune și rotație internă, se observă că — dacă stă în picioare — basinul este mai ridicat în partea bolnavă cu ștergerea spinei iliace antero-superioare. genunchiul în extensie și piciorul dus înăuntru. Privit dinapoi se constată: din partea coloanei vertebrale o lordoză și o scolioză cu convexitatea de partea sănătoasă; plica fesieră de partea coxalgiei mai ridicată de cât cea din partea opusă, trochanterul mare se găsește mai sus de linia Nelaton-Rosé (linia dreaptă care merge dela spina iliacă antero-superioară până la ischion).

Dacă se măsoară membrul inferior se găsește o scurtare uneori foarte marcată, care e datorită în mare parte micșorării capului femural și mărirei cavității cotiloide, decolărei epifizare a femurului

precum și oprirei în dezvoltare a oaselor membrului inferior atins de coxalgie.

Aceste atitudini vicioase în aducțiune și rotație internă se pot corija prin redresarea atitudinei sub anestezie cu cloroform și menținerea corecțiunei în aparat gipsat.

II

TRATAMENTUL ATITUDINILOR VICIOASE

1) ATITUDINILE CONSECUTIVE DURERII, CONTRACTUREI MUSCULARE ȘI LUXAȚIILOR PATOLOGICE INTRAARTICULARE

Extensia continuă. Redresarea sub cloroform

Am arătat în paginile precedente că durerea și contractura musculară sunt capabile a produce atitudini vicioase. Tipul acestor atitudini este, după cum am văzut, acel în *flexiune, abducțiune și rotație externă* cu alungire aparentă a membrului inferior. Corespunzând unei afecțiuni de dată recentă atitudinea de care ne ocupăm necesită intervenții nesângerânde. Acestea sunt: extensia continuă; redresarea sub cloroform, urmate de menținerea corecțiunei în aparat gipsat.

A) *Extensia* continuă este indicată la începutul apariției atitudinei vicioase și mai ales pentru înlăturarea durerilor. Ea nu are alt scop decât să prepare membrul inferior pentru posibilitatea unei mobilizări mai târzii prin aparat gipsat.

Martin și Colineau au imaginat diferite aparate pentru a face extensia continuă; fiind însă prea complicate nu sunt întrebuințate. Chirurgii americani Bauer, Davis, Sayre au construit, deasemeni,

aparate de extensie continuă, care ar permite totodată şi mersul bolnavului. Dar toate aceste aparate rămân să fie aplicate în tratamentul *convalescenţei* coxalgiei şi nici decum nu pot fi folosite în perioada acută a afecţiunei. In această epocă se uzitează *extensia continuă* în decubit orizontal după procedeul american. Ea cuprinde doi timpi şi anume: *extensia* şi *contra-extensia.*

Pentru a realiza extensia n'avem nevoie decât de diachylon, un scripete, o sfoară destul de rezistentă şi o greutate. Se tae diachylonul în benzi late de 4—5 cm., cari se aplică începând dela coapsa bolnavă şi anume la jumătatea ei, pe părţile laterale ale membrului inferior în aşa fel încât să formeze în talpa piciorului şi la mijlocul ei o ansă lată de 8—10 cm. Se fac apoi nişte brăţări de diachylon şi anume: una deasupra articulaţiei genunchiului, una dedesubtul ei şi una în dreptul sau chiar deasupra articulaţiei piciorului. Cele 2 margini ale ansei care se găsesc în talpa piciorului sunt depărtate printr'o bucată de lemn. ceva mai lată decât planta piciorului. In mijlocul acestei bucăţi de lemn, se face un orificiu, prin care se trece o sfoară îndreptată înspre tăblia patului pentru ca să traverseze şanţul unei scripete. De această sfoară se leagă greutatea care va face extensia continuă. La început adăugăm greutăţi mici pentru ca să ajungem apoi la greutăţi din ce în ce mai mari. In orice caz nu trebue depăşit maximum de greutate de 4—5 kgr., pentru copii şi 7—8 la adulţi. Deobicei extensia este bine suportată. Pentru a realiza însă contra-extensia s'au imaginat diferite procedee. Cel mai practic şi cel mai uşor de realizat este ridicarea patului bolnavului şi anume în partea unde se face extensia pentru ca punând astfel corpul bolnavului într'un plan înclinat să se producă prin însăşi greutatea corpului şi contra

extensia. Cu acest mijloc de tratament putem face corecţiunea atitudinei în flexiune Pentru a corija uneori şi abducţiunea se întrebuinţează nişte perniţe de nisip cari sunt aşezate pe laturile membrului inferior şi au rolul de a-l menţine în poziţie normală.

Ménard, spre a evita irîtaţia cutanată pe care o produce diachilonul, a imaginat un alt procedeu pentru a face extensia continuă. După ce înfăşoară membrul bolnav cu un strat subţire de vată şi aplică pe dânsul un bandaj din feşi amidonate, începând dela degete şi sfârşind la jumătatea superioară a coapsei, pune pe ambele laturi ale membrului —pe deasupra bandajului— o fâşie de bandă Velpeau. Această bandă depăşeşte aparatul cu 15—20 cm. în sus şi cu 20—30 cm. planta piciorului. Un al treilea strat de feşi amidonate are ca scop să fixexe benzile laterale ale căror extremităţi superioare sunt îndoite între tururile feşilor, pentru a înlătura acţiunea tracţiunei, capabilă a le deplasa. Extremităţile inferioare ale acestor benzi laterale traversează orificiile unui cadru de lemn (format din trei planşe: 2 aşezate pe laturile gambei şi unul fixând primele două, răspunzând plantei piciorului) cadru în care este menţinut piciorul spre a nu se roti nici în afară nici înăuntru. Un cârlig, fixat pe planşa plantară, serveşte pentru legarea sforii care susţine greutatea.

Contra-extensia, Ménard o realizează printr'o brasieră, care cuprinde trunchiul bolnavului şi care se fixează fie prin 4 curele aşezate în X, fie prin bretele, de cadrul patului.

In genere extensia şi contra-extensia sunt menţinute timp de 2—3 săptămâni, după cari se imobilizează membrul inferior în aparat gipsat. Totuşi, uneori, nici luni sau ani dearândul nu reu-

șesc să calmeze durerea și se intervine atunci prin redresarea sub cloroform și imobilizarea în aparat gipsat.

B). *Redresarea atitudinei vicioase sub anestezie cu cloroform.*— a) Atitudinea în flexiune, abducțiune și rotație externă. Bolnavul este așezat pe o masă dreaptă, obișnuită destul de solidă și bine adormit cu cloroform. După Callot redresarea sau mai bine zis corectarea atitudinei vicioase se face în 5 timpi și anume:

I-ul timp. Aducerea basinului și a trunchiului într'o poziție normală Se apucă cu o mână glezna

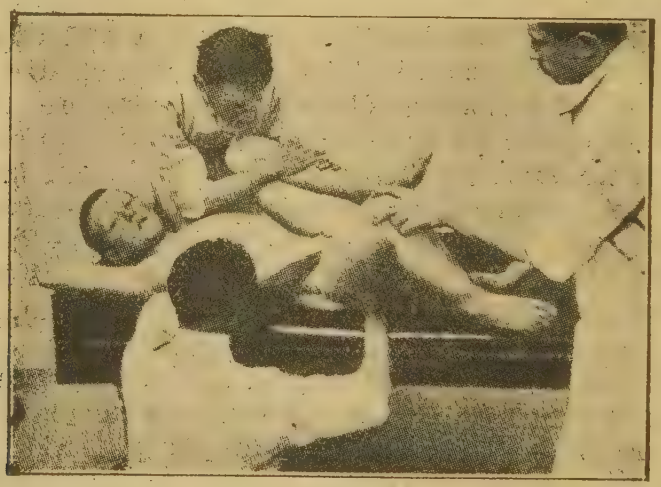

Fig. 1 (după Callot)

membrului bolnav iar cu cealaltă mână genunchiul și se duce întreg piciorul în sensul chiar al deviațiunei, adică în abducțiune și în flexiune. Se continuă astfel până când suprimăm cu desăvârșire lordoza lombară, — rezultat al compensației atitudinei vicioase — și până se aduce spina iliacă din partea bolnavă la același nivel

cu spina iliacă din partea sănătoasă. In felul acesta, trunchiul şi basinul sunt aduşi într'o poziţie normală, a cărei menţinere şi fixare, trebuie acum urmărită

II-lea timp. Fixarea basinului şi a trunchiului în această posiţie normală. (fig. 1). Un ajutor va flecta gamba sănătoasă pe coapsă, coapsa pe abdomen, în acelaş timp. el va apăsa basinul şi va observa ca cele două spine iliace antero-superioare să rămână continuu pe aceiaş linie orizontală iar lordoza lombară să fie dlspărută Un alt ajutor va fixa osul iliac spre a nu bascula înainte.

III-lea timp. Corecţiunea propriu zisă (fig. 2)

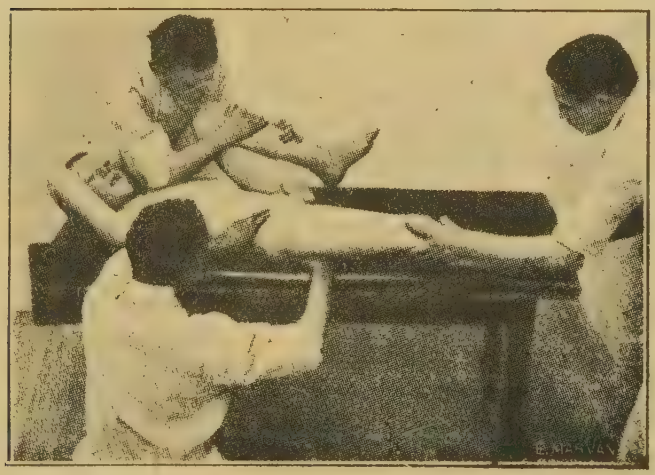

Fig. 2 (după Callot).

Basinul fiind astfel adus într'o poziţie normală şi fixat, se procedează la repunere în poziţie a femurului. Se aplică o mână dealungul genunchiului pentru susţinerea coapsei, cu cealaltă se ţine piciorul. Prima mână trage de femur ca şi cum l'ar detaşa de osul iliac iar indicele acestei mâini îl repune în poziţie normală, adică înăuntru şi în jos.

Mâna aplicată pe picior, trage de dânsul, pentru a face mai uşoară corecţiunea atitudinei vicioase. Se verifică apoi corecţiunea prin aproprierea ambelor picioare şi comparaţia poziţiei celor două maleole, în timp ce un ajutor apasă pe articulaţia genunchiului spre a menţine gamba în hiperextensie. Corecţiunea sfârşită se menţine prin aplicarea unui aparat gipsat. Bolnavul este ridicat şi pus pe un pelvisuport pentru a i se pune acest aparat.

IV-lea timp. Aplicarea aparatului gipsat. — In tot timpul aplicărei acestuia, un ajutor va ţine cele două picioare apropiate la acelaş nivel, trăgând uşor totodată de gamba sănătoasă. Un alt ajutor apasă pe articulaţia genunchiului bolnav pentru a-l menţine în extensie şi chiar în hiperextensie.

V-lea timp. Verificarea corecţiunei.— După terminarea aplicărei aparatului gipsat, bolnavul este ridicat depe pelvi-suport şi aşezat uşor pe masă. Un ajutor menţine basinul, modelând crestele iliace înainte şi in sus şi observând ca spinele iliace să fie la acelaş nivel iar lordoza lombară dispărută. Bolnavul este ţinut până când aparatul gipsat se usucă perfect.

Dacă corecţiunea nu s'a făcut complect, se scoate aparatul după două săptămâni şi se încearcă din nou o redresare mai mare, aplicându-se un alt aparat gipsat, care este ţinut trei luni, dacă corijarea e perfectă.

b) Atitudinea în aducţiune şi rotaţie internă.— Atitudinile vicioase rezultate din cauza luxaţiilor întra-articulare în coxo-tuberculoză — aşa precum am văzut în capitolul precedent, — aparţin tipului de atitudine în aducţiune şi rotaţiune internă. cu scurtarea membrului inferior.

Corectarea acestei atitudini se face în acelaş fel

ca cea descrisă mai sus cu singura deosebire care intervine în timpul I-tâi: în loc de a duce membrul inferior în abducțiune se îndreaptă în aducțiune. Pentru această atitudine vicioasă nu e însă suficientă numai corecțiunea ci trebue să se facă chiar hipercorecțiunea (timp III-lea).

Se obține aceasta, ducând membrul inferior în afară, în așa fel, încât articulația genunchiului, să se găsească la 40-50 grade în afara axului median al corpului. Mai mult: e necesar ca să provoace o abducțiune artificială de 40-50 grade chiar, care să rămână continuă câtva timp.

In acest scop, după ce membrul inferior, dus înafară, face acest unghiu, se pune un aparat gipsat al cărui rol constă în producerea unor aderențe, cari mențin gamba în această poziție artificială. După obținerea acestor aderențe, — se aplică succesiv o serie de aparate gipsate, până ce se ajunge ca, după ultimul aparat gipsat, coapsa liberă să se mențină definitiv la distanța de 15-20 grade, necesară compensărei scurtărei reale a membrului inferior. Când corecțiunea este devinitiv realizată se procedează la executarea timpului IV-lea și V-lea așa cum a fost descris mai sus.

2) ATITUDINILE CONSECUTIVE RETRACȚIEI SCLEROASE A LIGAMENTELOR ȘI TENDOANELOR

Ruperea tendoanelor prin presiune digitală. Tenotomia

Intervențiunile practicate pentru corectarea atitudinilor vicioase datorite retracțiunilor scleroase a tendoanelor și ligamentelor sunt: a) ruperea tendoanelor prin presiune digitală și b) tenotomia tendoanelor muschilor coapsei.

A) *Ruperea tendoanelor prin presiune digitală* Această operaţiune se întrebuinţează numai pentru ruperea tendoanelor muşchilor aductori ai coapsei. Bolnavul trebue să fie cloroformizat, iar basinul bine fixat. Un ajutor trage în jos şi în afară gamba membruiui bolnav Insă coarda tendoanelor muşchilor aductori îi opune rezistenţă. Această coardă trebue să fie ruptă. Operatorul servindu-se de degetele mari ale mânei, se sileşte, prin presiune directă, continuă şi puternică să rupă fasciculul tendinos, în timp ce ajutorul continuă să tragă de gambă Presiunea se exercită astfel până când se simte că un tendon a cedat sub degete. Ajutorul simte acelaş lucru, căci gamba cedează şi vine înafară. Se continuă mai departe cu presiunea până când se rup, rând pe rând şi celelalte fascicule tendinoase. Degetele deprimă apoi pielea şi ţesuturile, ajungând până la osul ischion. Totodată gamba este dusă în hipercorecţie Evitarea formărei unui hematon subcutanat la nivelul rupturei tendoanelor se face dacă, în urmă, se aplică compresiv o bucată de vată până la punerea unui aparat gipsat. Acesta are rolul de a menţine corecţiunea făcută

Uneori ruperea tendoanelor aductori nu este suficientă pentru corectarea atitudinei vicioase, care se găseşte şi sub acţiunea muşchilor flexori ai coapsei. Corectarea totală se obţine în acest caz, dacă se asociază pe lângă ruptura tendoanelor aductorilor şi tenotomia subcutanată a muşchilor flexori inseraţi pe spina iliacă antero-superioară.

B) *Tenotomia* este o operaţiune aseptică care se face subcutanat pe o distanţă de câţi-va milimetri.

Este o operaţiune foarte frecventă, care dă rezultate destul de satisfăcătoare aproape în toate

atitudinile vicioase datorite retracțiilor fibroase.

Tenotomia se face atât asupra tendoanelor mușchilor flexori cât și a mușchilor aductori ai coapsei.

a) Tenotomia tendoanelor mușchilor flexori cari se inseră pe spina iliacă antero-superioară. Bolnavul trebuie să fie bine anesteziat cu cloroform și basinul să fie bine fixat. Un ajutor va trage de coapsă și gambă (ca și cum l-ar detașa de osul iliac) la început în direcția deviațiunei iar apoi va încerca să ducă coapsa în jos adică în extensie.

Dacă nu reușește a face această extensie, se recurge la tenotomie. Această operațiune cuprinde 4 timpi și anume :

I-ul timp. Un ajutor ține gamba sănătoasă flectată pe abdomen, un alt ajutor trage de genunchiul bolnav făcând extensia. Cu un simplu bisturiu se face o incizie cutanată de 3—4 milimetri la o distanță de 1½ cent metri dedesubtul spinei iliace antero-superioare pe marginea internă a tendoanelor.

Se ajunge cu bisturiul la o adâncime de aproape 3 centimetri.

II-lea timp. Se întoarce marginea tăioasă a bisturiului în afară.

III-lea timp. Se secționează tendoanele prin mișcări repetate cu vârful bisturiului, în timp ce degetul indicator al mânii stângi, împinge toate fibrele tendinoase spre a fi secționate. Atât operatorul cât și ajutorul simt că tendoanele au cedat pe măsură ce sunt secționate.

IV-lea timp. Se tamponează compresiv la nivelul depresiunei, care se produce în urma secțiunei. Tamponarea servește pentru hemostază și pentru ruperea, în acelaș timp, a fibrelor tendinoase cari n'au putut fi secționate cu bisturiul. Ajutorul continuă să tragă de gambă pentru a face extensia

şi chiar hiperextensia. Se aplică apoi aparatul gipsat pentru a menţine corecţiunea făcută.

Această operaţiune nu prezintă nici un inconvenient căci nu se poate leza nimic important. Uneori se întâmplă să se secţioneze o parte din capsula articulaţiei coxo-femurale. Nici acest lucru nu prezintă vre-un pericol, dacă operaţia a fost făcută aseptic.

b) *Tenotomia tendoanelor muşchilor aductori.* — Bolnavul trebuie deasemeni să fie bine anesteziat cu cloroform. Se fixează basinul. Un ajutor îndreaptă gamba în direcţia deviaţiunei, apoi trage genunchiul în afară, cu scopul de a rupe rezistenţele tendoanelor aductorilor. In cazul când nu reuşeşte se va face tenotomia care cuprinde deasemeni patru timpi şi anume :

I-ul timp. Genunchiul şi gamba sunt trase în afară de către un ajutor. In felul acesta es în relief tendoanele aductorilor. Pe marginea externă a coardei tendinoase reliefate, se face o incizie cu bisturiul la 1 cm. dedesubtul pubelui şi la o profunzime de aproximativ de 3 centimetri.

II-lea timp. Se întoarcé bisturiul transversal cu tăişul înăuntru.

III-lea timp. Cu mâna dreaptă se secţionează fibrele tendinoase, iar cu degetul indicator stâng se apropie în spre tăişul bisturiului, fibrele profunde, cari n'au putut fi secţionate la început. Se observă apoi o depresiune, în timp ce ajutorul simte că rezistenţa a cedat Genunchiul poate fi dus acum în abducţie forţată adică în hipercorecţie.

IV-lea timp. Se aplică două tampoane pentru a face hemostaza şi pentru a rupe şi restul de fibre, cari n'au putut fi secţionate cu bisturiul. In acest timp, ajutorul continuă să tragă piciorul până ce se ajunge la abducţia de care e nevoie. Se

pune un pansament aseptic şi se menţine această corecţiune într'un aparat gipsat.

Inconvenientul care-l poate avea această intervenţiune, conzistă în înţeparea uşoară a vencifemurale, accident care se repară printr'o compresiune bine făcută.

3) ATITUDINILE CONSECUTIVE ANKILOZELOR OSOASE

Osteoclasia. Osteotomia

A) Ankilozele osoase, urmate de atitudini vicioase se corectează prin osteoclasie sau osteotomie urmate de imobilizare în aparat gipsat.

Cea dintâi operaţiune făcută a fost *osteoclasia*, care este astăzi o intervenţiune de necesitate, fără a avea însă calitatea de a da totdeauna cele mai bune rezultate.

O corecţiune suficientă şi un maximum de alungire a membrului inferior pretind ca osul să fie rupt cât mai aproape posibil de colul femurului sau chiar pe col.

Pentru a obţine acest lucru trebuie ca:

a) prin presiune digitală, tendoanele muşchilor aductori să cedeze cât mai mult.

b) prin consolidarea diafizei femurale pe toată lungimea ei — până în dreptul trochanterului — să se ajungă la producerea unui punct de mai mică rezistenţă, punct, în care se va face osteoclazia.

Pentru consolidare, se aplică 3 - 4 atele de lemn, cari încep dedesubtul articulaţiei genunchiului şi sfârşesc la marginea superioară a trochanterului mare. Atelele se pun de jur împrejurul membrului, fiind fixate cu ajutorul a 3-4 braţări, la diferite distanţe.

Se fixează basinul, cu ambele mâini (la spinele iliace şi la marginele anterioare ale osului iliac) astfel ca să nu basculeze înainte.

I-ul timp. Se aplică atelele pe femur după ce tendoanele aductorilor au cedat presiunei.

II-lea timp. Se fixează basinul.

III-lea timp. Se procedează la ruperea osului. Un ajutor apucă coapsa cu ambele mâini cât mai aproape de rădăcina membrului şi o trage în jos. In acest timp, operatorul apasă pe coapsă de sus în jos, încet, progresiv, dar cu putere, — până când se aud cracmente osoase.

IV-lea timp. Se scot atelele şi se duce coapsa în abducţiune forţată şi în hiperextensia voită. Se va face deasemenea o compresiune la nivelul rădăcinei membrului cu scopul de a împiedeca formarea unui hematom în profunzimea ţesuturilor. Se aplică apoi aparatul gipsat, care va menţine corecţiunea făcută. După o lună se scoate acest aparat şi se verifică corecţiunea.

Această operaţiune este astăzi abandonată căci rezultatele post-operatorii sunt puţin satisfăcătoare, deoarece osul nu se rupe întotdeauna în punctul dorit.

B) *Osteotomia.* După ce coxalgia s'a vindecat şi dacă atitudinea vicioasă persistă totuşi, — se recurge la operaţiunea numită *osteotomie.* Unii autori susţin că această operaţie, trebuie făcută numai în cazurile de ankylose osoase, *complecte.* Totuşi majoritatea autorilor sunt de părere că osteotomia să să aplice în *toate* cazurile de atitudini vicioase datorite ankyloselor osoase.

Profesorul Lorenz a descris sub numele de osteotomia „pelvi-trochanteriană" o operaţie care consistă în a desface aderenţele dintre osul iliac şi capul femurului. Această operaţiune însă este

aplicabilă numai în cazurile în cari există o luxaţie complectă a capului femural în fosa iliacă externă.

In cazurile însă în cari extremitatea superioară a femurului nu este luxată, ci există numai o ankyloză osoasă urmată de atitudine vicioasă se face operaţia denumită a lui Adams, care consistă într'o osteotonie a colului femural. Şi această operaţiune prezintă incoveniente, căci se practică în apropiere de focarul tuberculos, fapt, care ar putea redeştepta o tuberculoză acută; în al doilea rând colul femural este situat la o profunzime destul de apreciabilă şi astfel greu accesibil Pe de altăparte inserţiunile musculare cari se fac pe trochanterul mare şi pe extremitatea superioară a femurului rămân intacte, de unde rezultă că aceşti muşchi pot reproduce în urmă atitudinea vicioasă iniţială. Quénu şi Mathieu preferă „osteotomia oblică inter-trochanteriană".

Fig. 3 (după Callot)

1. Osteotomia cervicală.
2. Osteotomia trochanteriană.
3. Osteotomia sub-trochanteriană.

Intervenţiunea cea mai mult întrebuinţată însă în cazurile de ankylose osoase urmate de atitudini vicioase este *osteotomia sub-trochanteriană.* (fig. 3)

Pentru oricare din aceste intervenţiuni e nevoie de următoarele instrumente: un bisturiu pentru piele şi părţile moi, iar pentru osteotomia proprîu

zisă un osteotom gradat (Mac Ewen) lat de 2 cm. precum și un ciocan.

Osteotomia sub-trochanteriană.— Bolnavul este culcat în decubit lateral, pe partea sănătoasă și anesteziat cu cloroform. Se face o incizie a pielei de 1-1 1/2 centimetru în partea externă a coa sei dedesubtul trochanterului mare. Se ajunge cu incizia părților moi până la os. Se introduce osteotomul cu mâna stângă Se pătrunde cu el oblic dinafară înăuntru, dinainte îndărăt și de sus în jos. Se aplică câte-va lovituri de ciocan pe osteotom, până când se înfige în plin țesut osos, la 3—5 centimetri (după vârsta bolnavului). Osul este astfel tăiat în 2/3 din grosimea lui. Se retrage apoi osteotomul cu prudență și se mișcă fragmentele osoase, în așa fel încât, prin alunecarea lor, să se corecteze atitudinea vicioasă. Se fixează basinul de către un ajutor; se apucă coapsa, nu departe de trochanter, pentru a o duce în sensul deviațiunei (în flexiune și aducțiune) până când avem sensația că osul a cedat. Se repune apoi în sensul corecțiunei adică în hiperextensie și abducție forțată. Dacă tendoanele nu cedează — cum se întâmplă uneori — se recurge la tenotomie sau se rup prin presiune digitală. Plaga operatorie fiind mică, nu e nevoie să se facă sutura ei, ci, se face numai hemostaza la rădăcina membrului. Se aplică un pansament aseptic și se pune apoi aparatul gipsat, care va menține corecțiunea făcută. Acest aparat se lasă 6—12 săptămâni, după care se scoate și se poate pune bolnavului un aparat ortopedic pe care-l va purta câte-va luni.

Osteotomia sub-trochanteriană, este operațiunea cea mai des întrebuințată, având avantajul că se practică într'o regiune mai ușor accesibilă și că dă rezultatele cele mai satisfăcătoare mai ales în cazurile de scurtări marcate ale membrului inferior.

III

TABLOU

de atitudinile vicioase în urma coxalgiei *) tratate în serviciul d-lui Profesor Dr. Bălăcescu

între anii 1915—1922

Anul	Băieți	Fete	Atitudini vicioase			TRATAMENTUL		
							Operațiuni	
			In flexiune	In flexiune abducțiune și rotație externă	In adducțiune și rotație internă	Reducerea atitudinei sub cloroform	Tenotomie	Osteotomie
1915	12	6	2	11	5	17	1	—
1916	11	9	2	10	8	18	2	1
1917	10	4	1	7	6	14	—	—
1918	14	4	2	10	6	16	1	1
1919	11	7	1	9	8	17	2	1
1920	17	8	1	14	10	22	1	—
1921	14	9	3	13	7	19	1	1
1922	13	8	1	14	6	20	1	1
Total .	102	55	13	88	56	143	9	5

* Din totalul de 207 cazuri de coxalgie intrate între anii 1915-1922, 157 din cazuri — precum se vede din tabloul de mai sus, — au fost însoțite de atitudini vicioase. Proporția este de 76 %

IV

CONCLUZIUNI

1. Atitudinile vicioase în coxalgie se datoresc următoarelor cauze: a) durerea b) contracţia musculară c) retracţia scleroasă a ligamentelor şi tendoanelor d) luxaţiile patologice şi e) ankylozele osoase.

2. Atitudinile vicioase datorite durerei, contracţiei musculare precum şi luxaţiilor patologice nu sunt pasibile de intervenţiuni sângerânde ci se corectează prin extensia continuă sau prin redresarea atitudinei vicioase sub anestezie cu cloroform urmată de imobilizare în aparat gipsat.

3. Atitudinile vicioase datorite retracţiei scleroase a ligamentelor şi tendoanelor necesită următoarele intervenţiuni: a) ruperea tendoanelor prin presiune digitală şi b) tenotomia tendoanelor muschilor coapsei urmate deasemenea de imobilizare în aparat gipsat.

4. Ankylozele osoase urmate de atitudini vicioase se corectează prin osteoclasie şi osteotomie urmate de imobilizare în aparat gipsat.

5. Osteoclasia nu dă rezultate post-operatorii satisfăcătoare căci osul nu se rupe în totdeauna în punctul dorit.

6. Osteotomia şi în special cea sub trochanteriană dă rezultatele cele mai bune în ankylozele osoase urmate de atitudini vicioase căci pe de o parte regiunea este uşor abordabilă iar pe de altă parte dă maximum de alungire a membrului inferior.

VAZUTA ŞI BUNA DE IMPRIMAT

Preşedintele tezei — Decanul facult. de medicină

(ss) *Prof. Dr. I. Bălăcescu* — (ss) *Pr. Dr. Thoma Ionescu*

BIBLIOGRAFIE

V. Ménard Coxalgie tuberculeuse et son traitement.
F. Callot. L'orthopédie indispensable.
Léon Thevenot. La tuberculose des articulations, 1910.
Callot. Technique du traitement de la coxalgie
Lannelongue. Coxotuberculose
A. Broca. Chirurgie infantile 1914.
Kònig. Die spezielle Tuberculose der Knochen und Gelenke. Das Hüftgelenk 1902.
E. Kirmisson. Précis de chirurgie infantile 1911.
Morestin (Gazette des hôpitaux, 1900. Le traitement de la coxalgie chez l'enfant et chez l'adulte.
Pfulb Mathieu, De l'osteotomie sous-trochantérienne dans le traitement des ankyloses vicieuses de la hanche (après coxalgie) 1900.
Broca. (Revue d'orthopédie 1892) Ostéotomie sous trochantérienne oblique pour ankyloses de la hanche en position vicieuse.
Calvé (Presse médicale 1909) Difficultés du diagnostic de la coxalgie au début.
Kirmisson. (Revue d'orthopédie, 1900) Le traitement de la coxalgie et la résection de la hanche devant la Société de chirurgie.
Novê-Josserand et Perrin. (Révue d'orthopedie, 1909) Les luxations vraies au cours de la coxalgie.
Berger. Chirurgie orthopédique 1904.
Sourdat Paul. Etude radiographique de la hanche coxalgique.
Martin Dr. Ferd. De la coxalgie.
I. Marian Examenul clinic al unui copil atins de afecţiune chirurgicală, 1920.
L. Ombrédanne Technique chirurgicale infantile, 1912.